

# MODYFIKACJA INDYWIDUALNEGO PROGRAMU USAMODZIELNIENIA OSOBY USAMODZIELNIANEJ

## I. Osoba usamodzielniana

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Data i miejsce urodzenia

.....  
Aktualny adres korespondencyjny i nr telefonu

## II. Opiekun usamodzielnienia

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Aktualny adres korespondencyjny i nr telefonu

## III. Zmiany w zakresie współdziałania osoby usamodzielnianej z opiekunem usamodzielnienia

.....  
.....  
.....

## IV. Zmiany w zakresie sposobu uzyskania przez osobę usamodzielnianą wykształcenia

.....  
.....  
.....

## V. Zmiany w zakresie sposobu uzyskania przez osobę usamodzielnianą kwalifikacji zawodowych

.....  
.....  
.....

## VI. Zmiany w zakresie sposobu uzyskania przez osobę usamodzielnianą pomocy w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych (w tym informacja, na terenie którego powiatu osoba usamodzielniana planuje się osiedlić)

.....  
.....  
.....

**VII. Zmiany w zakresie sposobu uzyskania przez osobę usamodzielnianą pomocy w podjęciu zatrudnienia**

.....  
.....  
.....

**VIII. Zmiany w zakresie świadczeń przysługujących osobie usamodzielnianej po spełnieniu warunków określonych w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej**

1. Pomoc na kontynuowanie nauki. Przybliżony termin złożenia wniosku .....
2. Pomoc na usamodzielnienie może zostać wypłacona, jednorazowo lub w ratach, nie później jednak niż do ukończenia przez osobę usamodzielnianą 26. roku życia.  
Przybliżony termin złożenia wniosku .....
- Czy pomoc będzie wypłacana w ratach .....
3. Pomoc na zagospodarowanie jest wypłacana jednorazowo, nie później niż do ukończenia przez osobę usamodzielnianą 26. roku życia. Przybliżony termin złożenia wniosku .....
4. Pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych.
5. Pomoc w uzyskaniu zatrudnienia.
6. Pomoc prawna i psychologiczna.

**IX. Inne ustalenia**

.....  
.....  
.....

**X. Data opracowania modyfikacji indywidualnego programu usamodzielnienia:**

.....

.....  
(podpis osoby usamodzielnianej)

.....  
(podpis opiekuna usamodzielnienia)

.....  
(podpis osoby współpracującej)

Powyższe zmiany zatwierdzam.

.....  
(Dyrektor MOPR/PCPR)